

An abstract graphic design featuring three concentric blue circles of varying sizes. The largest circle is in the top right, a medium one in the middle right, and a large one in the bottom right. Thin blue lines intersect these circles and extend across the page. The text is positioned on the left side of the page.

Las personas mayores gays, lesbianas, bisexuales y transexuales en centros residenciales: la invisibilidad.

CURSO DE NIVELACIÓN. GRADO EN
TRABAJO SOCIAL.
TRABAJO FIN DE GRADO.

ROSA LEAL GARCÍA
01/07/2013

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	
4. MARCO TEÓRICO.....	
4.1 Antecedentes de la investigación.....	
4.2 Bases teóricas.....	
- <u>Envejecimiento demográfico.....</u>	
- Tamaño y evolución.	
- Un problema social.	
- Discriminación económica.	
- Discriminación cultural y social.	
- <u>Homosexualidad.....</u>	
- ¿Qué es la homosexualidad?	
- ¿Qué es la homofobia?	
- <u>Envejecimiento y orientación sexual.....</u>	
- El contexto social.	
- Atención institucional.	
- <u>Residencias.....</u>	
- Las residencias como instituciones cerradas.	
- Teorías relativas a la naturaleza y condición de las personas mayores ingresadas en residencias.	
4.3 Marco normativo.....	

5. MARCO METODOLÓGICO.....	
5.1 Nivel de la investigación.....	
5.2 Diseño de la investigación.....	
5.3 Población y muestra.....	
5.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	
5.5 Análisis e interpretación de los datos.....	
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
7. BIBLIOGRAFÍA.....	
8. ANEXOS.....	

1. INTRODUCCIÓN:

El trabajo que se expone a continuación pretende acercarse al conocimiento de un tema relativamente nuevo que empieza a mostrar su cara. Se trata, además, de un asunto controvertido y del que existe un gran desconocimiento. Es el de las personas mayores gays, lesbianas, bisexuales y transexuales (en adelante GLBT) que viven en centros residenciales.

Son múltiples los estudios realizados en torno al tema de la vejez, pero escasos o casi inexistentes¹ aquellos que hacen referencia a las personas mayores homosexuales. La realidad de estas personas es una incógnita incluso para las propias asociaciones de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, cuanto más para el resto de la sociedad.

Dada la situación de vulnerabilidad en que puede encontrarse este colectivo y, especialmente aquellos que se ven en la necesidad de ingresar en centros residenciales, consideramos necesario abordar esta cuestión con la finalidad de que los resultados obtenidos puedan servir de base a la realización de otros estudios que contribuyan a mejorar la calidad de vida de este colectivo.

Para confirmar las hipótesis de partida de este trabajo se realizarán entrevistas en profundidad con informantes clave, ya que no ha sido posible hacerlo con las personas directamente afectadas. Fue el personal técnico de las residencias quién valoró que no era adecuado por respeto a la decisión de las personas de no manifestar su orientación sexual.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Con la aprobación de la Ley 13/2005 de 1 de julio por la que se modificaba el Código Civil y permitía el matrimonio entre personas del mismo sexo se dio un paso de gigante en el reconocimiento de los derechos de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales

¹ “...de todos los informes oficiales, financiados por instituciones públicas ninguno, absolutamente ninguno, de ningún signo político o siquiera teórico, hace referencia al tema de la orientación sexual en la vejez...” Gimeno, B (2009). “*Vejez y orientación sexual*”. Informe para la Federación Nacional de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales. Pág. 8

(GLBT), ya que llevó aparejado, además, el acceso a derechos antes negados como la herencia, la posibilidad de adopción conjunta o el acceso a una pensión pública.

España se convertía, así, en el tercer país² del mundo, después de los Países Bajos y Bélgica, en aprobar una ley de semejante calado.

Este contexto social nos lleva a pensar que vivimos en un país avanzado, que hemos dejado atrás los viejos fantasmas de la represión y hemos llegado al reconocimiento pleno de la igualdad y no discriminación de las personas por razón de su orientación sexual. Efectivamente, esto es así, pero no para todo el colectivo de personas GLBT. Hay un segmento de esta población que se queda fuera, son los mayores.

Las personas mayores homosexuales sufren una discriminación que proviene de dos frentes: ser homosexual y ser mayor, porque ser homosexual y ser joven no es lo mismo que ser homosexual y ser viejo.

La sociedad actual está concebida para los jóvenes, los valores que se transmiten son los de un ideal de belleza que sólo tiene la juventud. Además, en un capitalismo feroz donde lo que prima es el consumo, las personas mayores no son precisamente consumidores potenciales³. (La cuantía mínima para 2013 de la pensión jubilación con cónyuge a cargo es de 778,90 euros/mes).

No obstante, los poderes públicos, a través de las distintas administraciones, sí han desarrollado en las últimas décadas fuertes políticas de protección social de la tercera edad. Dejando a un lado el sistema de pensiones, actualmente existe una considerable Red de Servicios Sociales⁴ de atención a las personas mayores que incluye tanto

2

http://es.wikipedia.org/wiki/Matrimonio_entre_personas_del_mismo_sexo_en_España%C3%B1a

³ “...las pensiones no dan para mucho y el cuerpo y la salud pueden no seguir el ritmo consumista de los jóvenes...” “...los ancianos no interesan, los grandes negocios del siglo XXI tienen que ver con la juventud...” “...en el ocio y la cultura del consumo los ancianos no tienen espacio.” Gimeno B (2009). “*Vejez y orientación sexual*”. Informe para la Federación Nacional de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales. Pág.16.

⁴ “Más del 12% de la población mayor recibe alguno de estos servicios. El SAD atiende 394.403 usuarios/as, lo que supone un 4.97% de las personas mayores de 65 años. La oferta de servicios de atención residencial en enero de 2010 se traduce en 347.372 plazas públicas y privadas.” IMSERSO. (2010) “*Informe 2010 sobre las Personas Mayores en*

servicios de atención a domicilio (SAD, teleasistencia...), como servicios de atención diurna (hogares y clubs, centros de día..) y servicios de atención residencial (centros residenciales, viviendas para mayores, acogimiento familia...). A ello hay que sumar la aprobación de la ley 39/2006 de Promoción De la Autonomía y Atención a la Dependencia que contribuyó a aumentar la atención a aquellas personas que requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria y alcanzar un grado de autonomía suficiente que le permita ejercer sus derechos de ciudadanía.

Entre los recursos citados, los centros residenciales para las personas mayores pueden definirse, según el Estatuto Básico de Centros de Tercera Edad del Imsero (1985) como *“establecimientos destinados a servir de vivienda permanente a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer sus necesidades por otros medios”*.

Los motivos que llevan a una persona a solicitar el ingreso en una residencia pueden ser de diversa índole (física, psíquica, social, económica, familiar). En cualquier caso, siempre subyace la falta de autonomía, la dependencia de los demás y, por tanto, la necesidad de atención continuada, siendo imposible el mantenimiento de la persona en su entorno habitual.

En el caso de las personas mayores GLBT los motivos no son muy diferentes. Es decir, las necesidades de este colectivo son exactamente las mismas que las de los mayores heterosexuales. Es más, podríamos atrevernos a decir, incluso, que sus necesidades son mayores por dos motivos básicamente: por un lado, porque el reconocimiento de la orientación sexual en muchos casos provoca la ruptura con los lazos familiares y, por otro, porque las personas GLBT han formado unidades de convivencia diferentes a la familia tradicional. Debido a ello, en muchos casos las personas no disponen de redes de apoyo familiar para ser cuidados y requieran, por tanto, el ingreso en centros residenciales.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS:

España. Datos Estadísticos y por Comunidades Autónomas”. Tomo I. Observatorio de Personas Mayores del Imsero. Pág.327.

HIPÓTESIS CENTRAL:

“Las personas mayores GLBT ingresadas en centros residenciales permanecen en situación de invisibilidad”.

OBJETIVO GENERAL:

- Hacer una primera aproximación para averiguar si las personas mayores GLBT que viven en residencias permanecen en situación de invisibilidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS

1. Averiguar si las personas GLBT que viven en centros residenciales para mayores muestran su orientación sexual.
 - Hipótesis 1: Las personas mayores GLBT que viven en residencias no muestran su orientación sexual.
2. Comprobar si los reglamentos de régimen interno de los centros residenciales para mayores contemplan la variable orientación sexual.
 - Hipótesis 2: Los protocolos de funcionamiento de los centros residenciales para mayores no recogen la variable orientación sexual.
3. Analizar el grado de sensibilización, implicación y formación del personal que trabaja en centros residenciales en relación al colectivo de personas mayores GLBT.
 - Hipótesis 3: El personal que trabaja en residencias para mayores no está formado para la atención al colectivo de personas GLBT.
 - Hipótesis 4: El personal que atiende a las personas mayores en residencias no manifiesta una sensibilidad especial frente al colectivo de mayores homosexuales.
5. Valorar el grado de aceptación por parte de los residentes mayores heterosexuales respecto a sus compañeros residentes homosexuales.
 - Hipótesis 5: Las personas mayores heterosexuales ingresadas en residencias no aceptan la homosexualidad de sus compañeros residentes.
 - Hipótesis 6: Las personas mayores heterosexuales ingresadas en residencias no aceptan la homosexualidad.

6. Analizar si existe vulneración de los derechos fundamentales reconocidos en el artículo 14 de la Constitución.
- Hipótesis 7: En las residencias para mayores se produce vulneración del derecho fundamental reconocido en el artículo 14 de la Constitución respecto al colectivo de personas mayores GLBT.

4. MARCO TEÓRICO:

4.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Son escasos, por no decir casi inexistentes, los estudios realizados en nuestro país sobre las personas mayores homosexuales. Tras una búsqueda documental exhaustiva uno de los pocos estudios elaborados al respecto es el de **Beatriz Gimeno Reinoso**, activista española a favor de los derechos de GLBT a quién en 2009 la Federación Nacional de Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales encargó un informe sobre la situación de las personas mayores homosexuales en nuestro país. El resultado fue un texto bastante amplio (“**Vejez y orientación sexual**”) que ha servido de base teórica y práctica para poder iniciar el trabajo que ahora se presenta. Se harán frecuentes referencias en el apartado del marco teórico.

También ha servido de apoyo la obra de **Regino Rodríguez Boti** del año 2003, “**La sexualidad en el atardecer de la vida**”. Aunque dicha obra hace referencia a la realidad cubana, se han podido extraer conceptos e ideas para su aplicación a la realidad española.

4.2 BASES TEÓRICAS:

ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO:

- **Tamaño y evolución.**⁵

El envejecimiento de la población española no es una novedad de las últimas décadas. Como corresponde a un país que realizó tardíamente su proceso de transición

⁵ IMSERSO. (2010) “*Informe 2010 sobre las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos y por Comunidades Autónomas*”. Tomo I. Observatorio de Personas Mayores del Imsero.

demográfica, el siglo XX se ha caracterizado por un lento y sostenido envejecimiento de la población, sobre la base del descenso continuado de la fecundidad, salvado el breve periodo del baby-boom, y la prolongación de la esperanza de vida, resultado del descenso de la tasa de mortalidad a todas las edades. Estos procesos son consecuencia de factores diversos que abarcan desde los avances científicos y técnicos, nuevos fármacos y nuevas técnicas terapéuticas, hasta la universalización del sistema sanitario y la mejora general de la calidad de vida.

Así, el número de personas mayores de 65 años ha ido creciendo un ritmo muy superior al crecimiento de la población española, haciendo que la proporción que representan los mayores de 65 años sobre el total de la población haya ido incrementándose a lo largo de todo el siglo, pero sobre todo a partir de 1970.⁶

Según los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes, en el año 2009 había 46.745.807 habitantes en España. Las personas mayores de 65 años y más representan el 16,6% del total (7.782.904 personas).

Las mejoras en las condiciones de vida generales de la población han permitido que, desde principios del siglo XX, el número de españoles aumente de forma significativa. En concreto, desde 1900 hasta la actualidad, la población española se ha multiplicado por 2,5. Sin embargo, es el grupo de 65 años y más el que ha experimentado un mayor incremento. Desde 1900 a 2009, las personas 65 años y más se han multiplicado por ocho.

En España, además, las proyecciones de población apuntan a que en las próximas décadas la población de 65 años y más seguirá aumentando. En el año 2049 habrá el doble de personas mayores que en la actualidad, y representarán más de un tercio del total de la población española (31,9%).

Otra de las tendencias previstas es la del “envejecimiento del envejecimiento” o el “envejecimiento de la población mayor”. En un futuro a medio plazo se producirá un incremento de la población más anciana, es decir, la que supere los 80 años.

⁶ GONZÁLEZ, M. J y SAN MIGUEL, B. (2001). *“El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales”*. Departamento de Sociología II. Comunicación y didáctica. Universidad de Alicante.

En España, los mayores de 80 años han pasado de representar el 12% sobre el total de la población de 65 años y más a principios del siglo XX, al 14,7% en el año 1960 y al 29% en 2010. Las proyecciones de población apuntan a que en el año 2049 las personas de más de 80 años representarán un 36,8% sobre el total de la población mayor.

El envejecimiento de la población mayor tiene implicaciones que trascienden del ámbito estrictamente demográfico; por ejemplo, el aumento de las personas mayores dependientes. Edad y dependencia están estrechamente relacionadas, ya que el volumen de personas con limitaciones de su capacidad funcional aumenta en los grupos de edad superiores, sobre todo a partir de los 80 años. El aumento del volumen y el peso relativo de las personas mayores, unido cambios en las formas de organización de la familia y en el papel social de las personas cuidadoras, han situado a la dependencia en el punto de mira de las políticas sociales.

El significativo aumento de la población mayor de 65 años que se producirá en la primera mitad del siglo XXI tiene importantes implicaciones, tanto para los países desarrollados como para aquellos en vías de desarrollo. Mantener y mejorar la calidad de vida de las personas mayores es uno de los principales retos que plantea el proceso de envejecimiento.⁷

La demografía nos avanza un modelo de sociedades progresivamente envejecidas por lo menos hasta la mitad de este siglo, y seguramente más allá. La prolongación de la vida es la mayor de las conquistas que nuestras sociedades han producido, sólo queda estas mismas sociedades sepan responder a los retos que sus propios logros les están planteando.

- **Un problema social.**⁸

El envejecimiento de la población en los países desarrollados se ha convertido en un tema de atención permanente. Más allá de su dimensión estrictamente demográfica, el tema preocupa por sus efectos sociales, políticos y económicos. La redefinición del

⁷ IMSERSO.(2012), “Informe 2010 sobre las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos y por Comunidades Autónomas”. Tomo I. Observatorio de Personas Mayores del Imserso.

⁸ GONZÁLEZ, M.J y SAN MIGUEL, B. (2001) “El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales”. Departamento de Sociología II. Comunicación y didáctica. Universidad de Alicante.

papel de Estado, el crecimiento del gasto social y el descenso de la población activa parecen ser sus consecuencias directas y las que convierten el envejecimiento en las argumentaciones más frecuentes, en un grave problema social.

Socialmente parece extenderse el miedo al envejecimiento y el desarrollo de toda una serie de conductas que tratan no sólo de retrasarlo sino de negarlo. Dos parecen ser los motivos que explican esta actitud. Por una parte, las personas que envejecen perciben su propio envejecimiento como una experiencia de deterioro físico y mental, un proceso de decadencia, en una sociedad, por otra parte, que se organiza en torno a los valores juveniles.

Por otra parte, el envejecimiento de la población es considerado un problema social en tanto que plantea la necesidad de respuestas sociales: exige un aumento del gasto en pensiones, hace crecer inevitablemente el gasto sanitario y genera demanda de nuevos servicios de atención⁹, en la medida en que las mujeres están cada vez menos disponibles para el cuidado de las persona. En resumen, plantea el reto de mantener niveles de protección social para una población que crece numéricamente. Y ello al mismo tiempo que el porcentaje de la población activa ha tendido a disminuir y, por tanto, una proporción cada vez menor de la población que tiene que subvenir a las necesidades de los grupos dependientes más numerosos. Es decir, el envejecimiento plantea los problemas que podemos considerar centrales de nuestras sociedades: el problema de la igualdad, de la solidaridad y del papel que el Estado tiene que jugar en el mantenimiento de la solidaridad intergeneracional.

La vejez no es considerada socialmente como lo que en realidad es: un éxito; uno de los hecho más positivos de los últimos tiempos ya que, en realidad, lo que se ha conseguido es democratizar la esperanza de vida de manera que cualquier español al nacer tenga ante sí una esperanza de vida semejante independientemente del medio social en el que se ha nacido. Y sin embargo, en lugar de celebrar ese éxito que nos iguala, y aunque cada vez se vive más tiempo, parece que las personas mayores molestan y que nada, o casi nada de todo lo que esta sociedad ofrece, está preparado para ellos.

⁹ A enero de 2010, existen en España 5177 centros residenciales con un total de 335.380 plazas. En estas residencias se atienden a más de 248.000 personas mayores cuyas características sociodemográficas se caracterizan por un predominio de personas de edad avanzada (67%) y de mujeres (65%), así como d personas en situación de dependencia (65%). La edad media es de 83 años.

Esa es la realidad y puede que a los ciudadanos de a pie, a la cultura de masas, no les importan los ancianos, pero éstos sí importan a los políticos, y mucho, como es lógico. En los últimos años escuchamos hablar, cada vez con mayor frecuencia, de que el sistema público de pensiones, en definitiva lo que permite que la población anciana de un país pueda vivir con tranquilidad y dignidad los últimos años de sus vidas, amenaza quiebra, lo que significaría, a corto plazo o largo plazo, la desaparición del sistema público de bienestar y su correspondiente consecuencia: que sobre las familias volvería a recaer la responsabilidad entera del cuidado y mantenimiento de los ancianos. Sea o no así, y lo que es evidente es que el gasto público dedicado a la vejez, especialmente, a las pensiones de jubilación, es uno de los principales gastos que hace el Estado. La existencia de tantos viejos (o de tan pocos jóvenes), se ha convertido en una cuestión política de primer orden, no sólo por la cuestión, que nos afecta a todos del estado de bienestar, sino también porque cada vez hay más votantes de esa edad, lo que hace que los políticos presenten propuestas dedicadas específicamente a este sector de población.

Por otro lado, los ancianos tienen una enorme dependencia del Estado, lo que les ha convertido paradójicamente en “rehenes” del Estado de Bienestar, en aquel grupo de población que visualiza la supervivencia o la quiebra del mismo. Mientras se paguen las pensiones parece que el Estado de Bienestar subsiste, cuando se dejen de pagar habrá quebrado. Los diferentes partidos negocian soluciones para los ancianos pero muy a menudo lo hacen preocupados por cómo perciban el resto de los ciudadanos la marcha del Estado de Bienestar más que por sus condiciones de vida.¹⁰

- **Discriminación económica.**

Uno de los factores que suelen encontrarse en los informes que hacen referencia al tema es el de la situación económica de las personas mayores. La pobreza es una amenaza real para las personas mayores de 65 años. Es más probable que una persona sea pobre si es vieja que si es joven, si es mujer que si es hombre. Sin embargo, las estimaciones oficiales y la manera de definir la pobreza que hacen los organismos oficiales, sirven en realidad para subestimar el problema. La pobreza es considerada siempre como una condición objetiva, sin embargo, existe también la llamada pobreza subjetiva que es la forma en que la situación es objetiva esa valorada por las propias personas que la sufren.

¹⁰ GIMENO, B (2009). “*Vejez y orientación sexual*”. Informe para la Federación Nacional de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

Los mayores tienen gran riesgo de ser pobres pero, en la mayoría de las ocasiones esta pobreza ni siquiera es considerada tal pues a esto contribuye esa visión limitada de la ancianidad en la que los viejos son considerados personas con menos necesidades que los jóvenes y que los necesitados en edad laboral. Este desinterés por la pobreza de los ancianos se debe a que no genera alarma social: es una pobreza invisible. La pobreza de los ancianos es más bien formulada como “precariedad social” en tanto que no es visible y consiste en disponer de poco dinero y tener pocas o nulas esperanzas de poder disponer alguna vez de más. Consiste en tener siempre lo justo para sobrevivir cada día. Y sin embargo, al mismo tiempo, los ancianos son personas que disponen de mucho tiempo libre, con lo que la sensación de precariedad y de falta de esperanza puede convertir sus últimos años en un periodo vivido siempre al borde de la angustia económica. Por eso, a pesar de que, en ocasiones, hay más pobreza absoluta en una edad anterior, la sensación subjetiva suele ser peor en la ancianidad, cuando se tiene la certeza de que la situación no puede mejorar y cuando, además, gozar de un cierto bienestar material es muy importante. Por tanto, las cifras objetivas de distribución de la pobreza no dan idea real de la situación ni muestran la pobreza subjetiva, “la sensación de pobreza”.¹¹

- **Discriminación cultural y social**¹².

La discriminación de la que son objeto los ancianos no sólo es económica, es sobre todo social. Ser viejo ya no está bien visto, lo joven y atractivo es siempre más valorado que lo viejo. Pero lo que es o no atractivo no es sino algo que decide una cultura determinada. Depende de la consideración social y cultural que se otorgue a unas personas el que sean percibidas de una manera atractiva o no. Lo joven no es más atractivo que lo viejo, depende de los valores que se impongan sobre esos dos hechos biológicos que, de por sí, no tienen mayor significado que ese, el puramente biológico.

¹¹ En 2010 la tasa de riesgo de pobreza para la población mayor de 65 años era del 21,7%, en 2012 curiosamente se ha reducido llegando al 16,9%. INE. “Encuesta sobre condiciones de vida. Año 2012. Datos provisionales”.

¹² GIMENO, B (2009). “*Vejez y orientación sexual*”. Informe para la Federación Nacional de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

A lo largo de la historia han sido frecuentes las culturas en las que los ancianos han gozado de gran consideración social y, por tanto, han resultado atractivos a la mayoría de las personas.

Nuestra cultura ha marginado probablemente a los ancianos porque no son ni pueden ser consumidores. Debido a que al llegar a la vejez la mayoría de la gente, por razones obvias, consume menos, los ancianos no son objetopreciado para una sociedad que ve en las personas únicamente consumidores potenciales. Teniendo esto en cuenta, los ancianos no interesan y por tanto, esa máquina de crear estereotipos sociales que es la publicidad, los deja de lado. Sólo lo joven vende, sólo lo joven existe y es atractivo. En la cultura del ocio y del consumo estas personas no tienen espacio.

HOMOSEXUALIDAD:

- ¿Qué es la homosexualidad?¹³

El término homosexual fue utilizado por primera vez en 1869 por Benkert en Alemania y Hungría y curiosamente fue un traductor quien lo introdujo en la lengua inglesa en 1892 al traducir a ese idioma un texto alemán de psiquiatría. Con rapidez desplazó otras denominaciones como: amor griego, pederastia, sodomía, uranismo e inversión sexual. *Homo* u *homeo* son formas prefijadas del griego *homoios* y quieren decir: semejante, igual, del mismo significado, de ahí que se consideren homosexuales a los individuos cuyas preferencias y orientación del placer erótico-sexual están dirigidos a personas de su mismo sexo durante un tiempo significativo. Es oportuno recordar la expresión inglesa *gay*, que se utiliza tanto en el lenguaje coloquial como académico para nombrar la homosexualidad masculina. Este término es preferido por los homosexuales por estar exento de la palabra enfermedad y por significar una ideología, un estilo de vida, una posición y digna ante la comunidad y la sociedad. Las mujeres *gay* se denominan comúnmente y aún en la literatura académica, *lesbianas*.

En diversas civilizaciones y momentos de la historia de la sexualidad se ha considerado como: *Un don, un periodo juvenil del desarrollo, un pecado, una debilidad moral y un vicio, una desviación ideológica, un delito que puede justificar la reclusión o la pena de*

¹³ RODRIGUEZ BOTI, R. (2003) Santiago de Cuba. “*La sexualidad en el atardecer de la vida*”. Editorial Oriente. Cap.: Homosexualidad y ancianidad, otra cara de la misma esfera.

muerte, una perversión sexual enfermiza, o como un estado minoritario variante de la normalidad.

En la época victoriana, Krafft Ebing, ¹⁴pionero de la sexología, portador de los conceptos moralistas de su tiempo, postuló que cualquier conducta sexual que se apartara de la simple realización del coito en el marco del matrimonio, sin otros juegos o estimulaciones sexuales que modificaran este rígido patrón entre la pareja heterosexual, debía ser considerada como patológica y causa de las más profundas aberraciones y trastornos mentales, entre las que se incluían el homosexualismo y la masturbación.

Si bien varios autores clásicos de la sexología de este siglo, como Kinsey ¹⁵y Masters y Johnson, ¹⁶entre otros, demostraron a través de largas investigaciones que tanto éstas como otras manifestaciones de la vida sexual son inocuas y, en muchas personas, necesarias par su realización plena, aún continúan siendo el centro de debate y la preocupación de muchos, aunque les parezcan pasadas de moda.

La orientación sexoerótica (hacia quién se dirige el deseo, la atracción, el impulso, los pensamientos e intereses sexuales) distingue tres dimensiones o categorías a saber: heterosexuales, bisexuales y homosexuales. Son múltiples los factores que condicionan esta orientación y van desde los genéticos hasta los psicológicos o sociales, y rigen la selección de la pareja sexual. La persona bisexual tiene la capacidad de responder sexualmente y mostrar atracción e interés por sujetos de uno u otro sexo con gradiente muy notable de alternancia y equivalencia. Las personas homosexuales dirigen sus preferencias, necesidades y sentimientos sexoeróticos de forma sostenida y resuelta hacia personas de su mismo sexo. Todas estas formas de orientación constituyen una impronta esencial y vital para sus portadores.

Uno de los logros más significativos de la libertad sexual de los sesenta es que se puede discutir y analizar el tema de la homosexualidad con libertad, sin temor a la represión

¹⁴ Psiquiatra alemán (1840-1902) publicó en 1886 “Psychopathia Sexualis”.

¹⁵ Alfred Kinsey (EE.UU. 1894-1956) psicólogo y entomólogo, considerado el precursor de la sexología moderna.

¹⁶ Matrimonio formado por el famoso ginecólogo William Masters (1915-2001) y la trabajadora social Virginia Johnson (1925) considerados los pioneros de la terapia sexual.

social. Durante poco más de veinte siglos los homosexuales fueron uno de los grupos humanos más sometidos a la marginación, al maltrato, la tortura y, lamentablemente, a diversas tentativas de tratamientos que muchas veces causaron más problemas que soluciones.

La homosexualidad no es una *rareza sexual* ni una *perversión* o una *desviación* sino una condición humana cuya prevalencia varía entre un 2 y un 10 % de la población total, aceptándose que el grupo de las lesbianas oscila entre un 2 y un 4 % de las mujeres, y los homosexuales masculinos entre un 4 y un 10% de los varones. Son por tanto, un grupo con gran representatividad en el mundo, que merece toda la atención y respeto.

En sexología se describen condiciones que algunos autores denominan *pseudohomosexualidad* o *falsas homosexualidades* como: las prácticas homosexuales del niño o del adolescente, los conflictos homosexuales del hombre heterosexual, la bisexualidad, el afeminamiento de algunos varones heterosexuales o la masculinización de algunas mujeres homosexuales, el travestismo, el transexualismo, las absurdas ideas obsesivas con temas homosexuales y las ideas delirantes esquizofrénicas de contenido homosexual.

- *¿Qué es la homofobia?*¹⁷

Este fenómeno tiene en su génesis dos vertientes que a menudo confluyen: *la social* que consiste en el miedo a la homosexualidad generado en algunas sociedades o grupos sociales por la *moral* antihomosexual, que consiste en el odio, el miedo y/o la huida ante los gays y las lesbianas; los estereotipos sexuales, tabúes y mitos machistas refuerzan la homofobia en su modalidad social. La otra vertiente es la *personal*, que se expresa a través de pensamientos, sentimientos o conductas que implican repugnancia, burlas o agresiones a los homosexuales, y puede basarse en el temor a una condición muy afín y personalmente muy cercana. También la homofobia de un individuo puede entrar en conflicto con el deseo y las preferencias homosexuales personales, originándose un *conflicto autohomofóbico* que cuando no es resuelto de forma oportuna y apropiada

¹⁷ RODRIGUEZ BOTI, R. (2003) Santiago de Cuba. “*La sexualidad en el atardecer de la vida*”. Editorial Oriente. Cap.: Homosexualidad y ancianidad, otra cara de la misma esfera.

puede llegar al pánico homosexual, la depresión, el autorreproche y la culpa, el deterioro de la autoestima, la conducta disocial, el abuso de sustancias o el suicidio.

Hernández J.C. ¹⁸(México 1994) describe e identifica algunas formas sintomáticas de homofobia:

1. Miedo irracional y persistente, sutil e inconsciente, hacia la homosexualidad o lo que la recuerde.
2. Persistente miedo y ansiedad irracional a ser percibidos por los demás como homosexuales.
3. Exagerada sensibilidad para localizar a los homosexuales.
4. Excesivo sentimiento de ser perseguido por homosexuales (paranoia homosexual).
5. Irracional y persistente obsesión por lo anal.
6. Profundo miedo y angustia de ser en realidad homosexual sin serlo.
7. Agresión a personas homosexuales o que lo perezcan.

También se ha descrito una clasificación psicológica relacionada con la homofobia y la forma en que esta afecta al individuo:

1. La homosexualidad egosintónica: se asume la variable u orientación sexual sin trastornos personales consigo mismo o con el medio en el que se desenvuelven.
2. La homosexualidad egodistónica: sufren trastornos por causa de su preferencia homosexual, ya que no se aceptan a sí mismos como tales.
3. La homosexualidad sociodistónica: sufren trastornos por causa del rechazo social.

ENVEJECIMIENTO Y ORIENTACIÓN SEXUAL:¹⁹

¹⁸ Psicólogo social, publicó en diciembre de 2009 un Informe sobre Crímenes de Odio por Homofobia en México entre 1995 y 2008.

¹⁹ GIMENO, B (2009). "*Vejez y orientación sexual*". Informe para la Federación Nacional de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales.

El problema de la marginación y discriminación de las personas viejas es una constante en la sociedad actual y no es un problema que afecta únicamente a gays, lesbianas y transexuales. Sin embargo, dada la situación de discriminación social en la que se sitúan los gays por una parte y dadas también algunas características que ha desarrollado en los últimos años la cultura gay, la marginación de las personas gays se puede hacer extrema en la vejez.

El tema de vejez de los gays es un tema relativamente nuevo que ha comenzado a aflorar ahora. Es ahora cuando está llegando a la vejez la primera generación que, si bien en su juventud no pudo salir del armario dadas las circunstancias políticas que se vivían en España, sí lo pudo hacer en su madurez.

El número de gays y lesbianas mayores va incrementándose en los próximos años al mismo ritmo que crece el número de personas ancianas en una sociedad cada vez más envejecida.

Las personas gays sufren de problemas y discriminaciones específicas ligadas a cada edad de su vida, siendo las más importantes las que se sufren en la niñez-adolescencia y en la vejez. Sin embargo, vivencia de la homosexualidad en la niñez y en la adolescencia es cada vez menos tabú y es, además, algo que las asociaciones de defensa de los derechos de los gays y lesbianas encaran cada vez con mayor energía, no así la vejez.

En cuanto a la manera en que se interrelacionan las diferentes premisas: vejez/homosexualidad; homosexual/heterosexual, se puede señalar lo siguiente:

- La vejez no existe. A esta sociedad no le gustan los viejos y cada vez existen más prejuicios antivejez. Esta es una sociedad enteramente volcada en negar la evidencia de que los seres humanos envejecemos. Es una sociedad que ha creado un enorme mercado en torno a todo lo que sea evitar o disminuir el envejecimiento.
- Es una sociedad que considera el sexo como algo propiamente de los jóvenes. El sexo en la vejez no se imagina y, cuando se hace, provoca repulsión. La razón es

que el sexo ha pasado a ser un producto más del mercado y, como tal, se le ha asociado a la juventud; ambas cosas se complementan y se venden a la vez.

- La homosexualidad, en una sociedad heterosexista continúa siendo algo meramente sexual por lo que es perfectamente imaginable un joven gay, pero esa misma persona, con los años, deja de ser gay para pasar a ser un viejo, alguien sin sexo.

La corrección política, la lucha del movimiento gay-lésbico en los últimos años ha conseguido que la sociedad pueda imaginar o aceptar a un gay o una lesbiana jóvenes, pero no sucede lo mismo con los viejos. Si ni siquiera cuida y protege adecuadamente a los ancianos heterosexuales cómo se podría esperar que se ocupara de los ancianos gays, lesbianas y transexuales (en adelante GLBT) sobre los que todavía pesa el prejuicio y el estigma.

- **El contexto social.**

La deshumanización de la sociedad actual parece recoger el principio de que el bienestar de los ancianos depende de ellos mismos, de que hayan conseguido los medios suficientes como para labrarse una vejez sin sobresaltos. Si no es así, entonces es la familia la responsable de la ancianidad. Éste es un modelo que no sirve para los ancianos GLBT, que han construido sus vidas alrededor de otro tipo de relaciones y de familias que, aunque sean reconocidas por las leyes, aún no lo son del todo por las instituciones.

El estado ofrece poco a los ancianos pero lo que ofrece son programas sociales pensados para los ancianos heterosexuales y que pueden ser nada efectivos o irrelevantes para los ancianos gays. Éstos viven en un contexto social que sólo tiene en cuenta la posibilidad de relación heterosexual y para las personas que han llegado ahora a la ancianidad la presunción de heterosexualidad ha sido una constante en sus vidas, las ha determinado. La mayoría viven aún condicionadas por la absoluta invisibilidad que ha sido la negación de la propia existencia. Este mecanismo ideológico supone la estigmatización, la negación, el desprecio de cualquier forma de comportamiento o de identidad no heterosexual. La vida de los ancianos gays ha estado condicionada por estas circunstancias y lo va a estar mucho más en la vejez, a merced de dos sistemas de prejuicios: contra las personas gays y contra los ancianos.

En un momento de la vida en que estas personas son especialmente débiles y vulnerables, van a acumular sobre sus personas varias marcas de discriminación, incluyendo la propia comunidad gay.

Los ancianos GLBT van a sufrir la invisibilidad de la homosexualidad de manera especialmente virulenta, pues si se presupone que todo el mundo es heterosexual, los ancianos más. Esta invisibilidad puede afectar seriamente a su salud y a su bienestar físico y mental. Las personas ancianas dependen de los servicios públicos en mucha mayor medida que los jóvenes. Necesitan de los servicios públicos para cuidar su salud, para requerir asistencia médica o social. Los ancianos son mucho más dependientes que los jóvenes de instituciones fuertemente invisibilizadoras de la heterosexualidad.

El miedo a la discriminación, al estigma o al maltrato puede reforzar el sentimiento de aislamiento y conducir a algunas personas a no requerir de determinados servicios que podrían necesitar, y cuya ausencia afectarán gravemente a su calidad de vida y pueden ponerles en riesgo de muerte.

El contexto social imperante, especialmente en el mundo de los ancianos, puede convertir en especialmente duro el paso de los ancianos gays y transexuales por las residencias de ancianos. Los problemas que pueden encontrarse en ellas son tan graves que pueden conducir a estas personas a vivir con una ínfima calidad de vida sus últimos años. Los problemas de intolerancia y, en definitiva, de ignorancia, pueden ser terribles. Parece que nada en estas residencias o instituciones está preparado para asumir la realidad de estas personas, desde luego tampoco lo están los demás residentes, todos de la misma edad, con prejuicios antiguos, ignorancias bien asentadas y, en definitiva, otra manera de ver la vida en la que la homosexualidad y mucho más la transexualidad era algo terrible.

- **Atención institucional.**

Según estudios realizados en Estados Unidos (en España no se ha hallado nada al respecto) indican que el personal de los centros de atención a mayores no está preparado para atender a estos ancianos.

Las residencias en donde los matrimonios pueden permanecer juntos no aceptarán fácilmente que una pareja de hombres comparta cama y aún en el caso de que la dirección del centro no tuviera más remedio que aceptarlo, dicha relación, seguramente,

sería contestada o problematizada por el resto de los residentes, la mayoría gente mayor con prejuicios antiguos y enquistados.

No lo aceptará tampoco seguramente el personal administrativo, y en cuanto al sanitario es de suponer que, no habiendo recibido ninguna información ni recomendación al respecto, esta situación tampoco sería bien aceptada. En cuanto a la posibilidad de vivir en una institución subvencionada o gratuita, muchas pertenecen a órdenes religiosas que tampoco aceptarán de buen grado esta situación.

En el caso del personal de residencias, de los voluntarios cuidadores o acompañantes de las ONG, del personal sanitario especializado en personas ancianas o de los auxiliares sanitarios, lo que se da no es sólo altos índices de homofobia, sino también de sexofobia. Según la mentalidad de la mayoría de estas personas, los ancianos no tienen ningún tipo de orientación sexual, y como en el imaginario colectivo la orientación sexual homosexual está ligada al sexo en los prejuicios de la mayoría de la población el coctel es explosivo. Los estudios indican en este personal un enorme nivel de ansiedad e incomodidad cuando se encuentran con manifestaciones sexuales por parte de cualquier residente. La mayoría de las residencias y la mayoría del personal de éstas tratan de inhibir cualquier manifestación sexual, ya sea homo o hetero, aunque es evidente que en realidad en el primer caso ésta sería mucho peor recibida. Y la realidad es que la mayoría de los gays mayores de 65 años tienen vida sexual activa.

Lo más habitual es que incluso si se trata de una persona que ha vivido abiertamente como GLBT durante la mayor parte de su vida adulta, se encuentre ahora, a la hora de vivir en una residencia, teniendo que ocultar su orientación sexual, su identidad de género, o su cuerpo, para no ponerse en situaciones de vulnerabilidad ante la discriminación o el abuso. La realidad es que, en España, todavía no se ha dado un solo caso en el que una residencia sea denunciada por vulnerar los derechos de una persona GLBT. Sin duda esto no es debido a una aceptación generalizada que exista de la homosexualidad en los ancianos, sino a que éstos se ocultan sistemáticamente.

Las personas transexuales con un cuerpo no concuerde con su género pueden pasar por un calvario de abusos físicos y psicológicos. Hay un estudio clásico sobre la actitud de los profesionales sanitarios de las residencias de ancianos ante la sexualidad de sus residentes y ante la posibilidad de que sean gays o lesbianas. El estudio demuestra, entre otras cosas, que los trabajadores sociales no imaginan siquiera que ninguno de los

ancianos con los que tratan puedan ser gays o lesbianas y, cuando se les obliga a pensar en ello, la simple idea les resulta repugnante.

En España no se han hecho estudios de ese tipo, las asociaciones han ignorado este tema y desde luego la administración o los investigadores también. Los datos de este estudio no pueden extrapolarse directamente porque la sociedad americana expresa niveles de homofobia y de sexofobia superiores a las sociedades europeas pero, no obstante, el estudio sí que es útil para conocer actitudes generales.

RESIDENCIAS:

- Las residencias como instituciones cerradas.

En este apartado se va a hacer referencia a un sociólogo representativo del interaccionismo simbólico, como es Erving Goffman que en 1961 escribió un ensayo sobre la situación de los enfermos mentales internados en instituciones psiquiátricas²⁰.

Aunque los estudios de Goffman se realizaron exclusivamente con enfermos mentales, consiguió sacar a la luz las contradicciones de instituciones aparentemente humanitarias en donde el fin justifica los medios, y cuestionar, desde una perspectiva crítica, el tratamiento aplicado a los internos.

Trata de entender los procesos de relación que se establecen en las comunidades cerradas, las que él califica como “instituciones totales”, y para ello convive por espacio de un año con las personas que componen estas comunidades específicas, las de tipo psiquiátrico.

Las razones por las cuales utiliza este método de investigación las podemos extraer de las palabras del propio autor: “*Creía entonces y sigo creyendo que cualquier grupo de personas –sean presos, integrantes de un grupo primitivo, miembros de un tripulación o enfermos hospitalizados- forma una vida propia que, mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal, y que un buen modo de aprender algo sobre cualquiera de esos mundos consiste en someterse personalmente en compañía de sus miembros a la rutina diaria de las menudas contingencias a la que ellos mismos están sujetos.*” (Prefacio pág. 9).

La hipótesis fundamental, lo que se desprende del contenido del libro es que las instituciones psiquiátricas no valen para lo que fueron concebidas; el internamiento, con

²⁰ Erving Goffman “Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales” (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972).

sus características y consecuencias, es más un método de desajuste que de ajuste y organización del yo del paciente. Lo que página tras página parece recalcar el autor es una crítica de la situación de este tipo de hospitales. Para ello acude a los más variados ejemplos y observaciones de la realidad que puedan sustentar esa hipótesis, la invalidez del internamiento y de los centros para ello creados; los hospitales psiquiátricos.

Desde el punto de vista metodológico uno de los aspectos más interesantes consiste en la gran variedad de ejemplos extraídos de la vida práctica que Goffman utiliza. La continua comparación que hace entre instituciones tales como cárceles, conventos, campos de concentración, y hospitales psiquiátricos convierte el libro en una adecuada fuente de diseño para nuevos estudios.²¹

- **Teorías relativas a la naturaleza y la condición de las personas mayores en las residencias.**²²

Estas teorías interesan porque proponen unas interpretaciones de las personas mayores, que arrastran tras de sí modos de tratarles.

El trato que reciben deriva de la representación que de ellas se tenga. La concepción que se tiene de las personas mayores en general, y de quienes son residentes en particular, está frecuentemente plasmada en modelos que suelen ser a la vez una “teoría de la tercera edad” y unas herramientas para establecer las necesidades que supuestamente el colectivo de la gente mayor necesita cuando pasa a vivir en una residencia.

a) **Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia.**

En el análisis del deterioro suelen aparecer las siguientes distinciones:

- Deterioro físico.
- Deterioro mental.
- Deterioro psicológico.
- Deterioro social.

El grado en el que esas dificultades afectan a la vida de las personas que los padecen y, por tanto a quienes les cuidan, se evalúa por lo general distinguiendo entre:

- **Deficiencias:** Se interpretan como derivaciones respecto de la norma biomédica, cualquiera que sea la función que se vea afectada.

²¹ A, Almarcha. “Papers”. Revista de sociología 1977: Núm: 6 Crítica de la teoría sociológica.

²² IMSERSO. (2002). “Las personas mayores y las residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias”. Editorial: IMSERSO. Tomo I. Págs. 78-86.

- Incapacidades: Cuando la deficiencia, por sí sola o en interacción con el entorno es causante de que la persona no pueda realizar alguna actividad.
- Hándicap sea psicológico o social: cuando la falta de recursos sociales (dinero, falta de redes de apoyo) o la incapacidad física o mental para establecer relaciones hacen que la persona tenga dificultades que no puede superar para la interacción.

Tiene importancia la valoración que se hace de los niveles de deterioro de la población a la hora de planificar las políticas de construcción de residencias.

b) Teorías del ciclo vital y de la subcultura.

El fundamento de este teoría está en el interaccionismo simbólico, y más concretamente en la obra de Mead, G. H., que se editó en 1934, Según el autor, el “Yo” (o si se prefiere, la propia identidad), surge de la interacción con los demás. Más concretamente es el resultado de la propia imagen de nosotros que nos devuelven los demás.

El *modelo de la subcultura* subraya que esas interacciones sociales en las que se genera el “Yo” se dan en el interior de grupos, constituidos en torno a afinidades o a pertenencias sociales y espaciales. Las personas residenciadas vivirían en una comunidad de mayores y por tanto, tendría que ser interpretado el universo de estas personas, como una subcultura.

Otra variante de este modelo, advierte que la condición de los mayores es parecida a la de una minoría, ya que no tiene acceso ni al poder ni a los recursos sociales, y por tanto está socialmente sesgada.

c) Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad.

El origen de este modelo está en Durkheim, E. Lo esencial de esta referencia es lo siguiente:

La estructura de la sociedad determina las funciones que se les atribuyen a los actores sociales. Nuestra sociedad está organizada en base a la productividad, y este orden no tiene funciones que ofrecer a quienes ha dejado fuera el sistema productivo. Por tanto, la vejez es una epata vital durante la que se les fuerza a las persona a consumir una *desvinculación* del orden social.

La vejez, tal y como la conocemos hoy, resulta ser un producto de la *modernidad*, es decir, de las sociedades organizadas para la productividad y la rentabilidad.

Aceptando como irrevocable este estado de cosas, hay propuestas para facilitar la *desvinculación*. Las residencias son un universo desvinculante y desvinculado.

Llevando estos análisis a sus últimas consecuencias resulta inevitable la desvinculación entre la persona mayor y el sistema social. Porque las personas mayores deberían de

dejar disponibles sus papeles y sus estatus, con el objeto de asegurar la reproducción social.

d) Teoría del rol y de la clasificación por edades.

El concepto de “rol” procede del padre fundador de la sociología., A. Comte. Se usa en paralelo con los términos “papel social” y lleva implícito un “estatus” o “posición” en el seno de la organización social.

La vejez implica un cambio de roles. Pero estas teorías se interesan en la transformación del estatus social consecuente al envejecimiento.

En el ámbito del Estructuralismo-funcional americano hay autores que han especulado con la idea de que en nuestras sociedades la estratificación social es en medida no despreciable cuestión de edades.

Incluso la edad sería más determinante del estatus que de las clases sociales. Y concretamente los viejos tendrían el estatus más bajo.

e) Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez.

Esta perspectiva pone el énfasis en los procesos de adaptación de la persona al ambiente. El concepto “ambiente” integra el análisis de los comportamientos con el estudio del entorno donde se desenvuelve cada actor. Acepta variables infraestructurales (distribución de los espacios en residencias), estructurales (organización de la vida cotidiana en los centros) y, variables supraestructurales (satisfacción de los residentes).

MARCO NORMATIVO:

- La Constitución Española.

En el **artículo 14** establece: *“Los españoles somos iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra discriminación personal o social”.*

A su vez, en su **artículo 50** recoge: *“Los poderes públicos garantizarán mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.*

- Ley 5/97 de 25 de junio de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana.

En su **artículo 20** que lleva como título “De la tercera edad”, establece:

Los Servicios Sociales de atención a la tercera edad tienen por objeto el desarrollo de programas y equipamientos tendentes a:

- a. Promover el desarrollo socio-cultural de las personas mayores, potenciando su máxima libertad, actividad y plena integración social y óptima calidad de vida.
- b. Prevenir la marginación, procurando su integración y participación en la sociedad.
- c. Favorecer que las personas mayores permanezcan en su medio habitual, realizando acciones que eviten desarraigos que puedan conducir a su marginación, o atenten contra su libertad y salud.
- d. Garantizar a las personas mayores una atención residencial adecuada en los casos de necesidad, incapacidad y falta de apoyo familiar, prestando una atención preferente a las personas mayores más desprotegidas y garantizando a todas ellas la libertad de elección de Centro Residencial.
- e. Potenciar aquellos programas de intervención dirigidos a crear, coordinar o fomentar recursos sociales próximos (tales como la propia familia o vecindario) que proporcionen apoyos para la población mayor y que favorezcan su integración social con autonomía y su funcionamiento autónomo en el seno de la comunidad, para el correcto desarrollo de su bienestar y salud.

Asimismo, se potenciarán programas dirigidos al entorno social distante, tales como voluntariado, los grupos de apoyo mutuo y de autoayuda de los propios ancianos.

Para reforzar estos programas de intervención, se facilitará la formación y educación de todos los agentes sociales implicados en el cuidado de nuestros ancianos y ancianas, a través de acciones (cursos de preparación, etc.) que apoye las tareas de las personas dedicadas al cuidado de las personas mayores.

Artículo 30. De los Centros Residenciales.

1. Los distintos tipos de Centros y Servicios Residenciales son equipamientos sustitutivos del hogar familiar, configurándose como centros de atención integral dirigidos a amplios sectores de personas y problemáticas con necesidades diferenciadas.

2. Se procurará que sus dimensiones sean reducidas con el fin de procurar una atención integral a sus usuarios y usuarias.

3. Se procurará su ubicación en zonas con demanda suficiente, y en el propio núcleo urbano o en sus cercanías.

4. Se procurará su ubicación en lugares cercanos al transporte comunitario.

5. Este recurso facilitará las prestaciones básicas a las personas usuarias del servicio cuando no puedan ser atendidas, de forma suficiente, en su unidad básica de convivencia, una vez agotadas otras alternativas de Servicios Sociales.

6. En función de las necesidades de los usuarios, ofrecerán:

7. Asistencia integral.

8. Alojamiento.

9. Manutención.

10. Actividades educativas, de convivencia, cooperación y autoayuda.

11. Tratamiento especializado.

12. Apoyo psicosocial.

13. Promoción de la salud.

- **Ley 4/2012 de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales en la Comunidad Valenciana.**

En su **artículo 8** titulado “De la protección de las personas mayores” establece en el punto 2: Las personas mayores tienen derecho a recibir de los poderes públicos una protección y una atención integral para la promoción de su autonomía personal y del envejecimiento activo que les permita una vida digna e independiente y su bienestar social el individual, así como acceder a una atención gerontológica adecuada, en el ámbito sanitario, social y asistencial, y a percibir prestaciones y servicios garantizados en los términos que establezcan las leyes.

- **Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores.**

En su **artículo 8** recoge los “Principios rectores del funcionamiento de los centros residenciales”.

El funcionamiento de los centros de servicios sociales para la atención de personas mayores se regirá por los siguientes principios:

1. Normalización. El modo de vida de los usuarios deberá ajustarse lo más posible a la conducta y pautas de comportamiento consideradas como cotidianas para la ciudadanía.
2. Estimulación. Favoreciendo el desarrollo de la autonomía personal del usuario
3. Intimidad. Los protocolos de actuación e intervención necesaria respetarán y protegerán el derecho a la intimidad de los usuarios.
4. Elección. Los responsables y personal de los centros procurarán ofrecer a los usuarios alternativas para decidir como en la vida cotidiana.
5. Participación. Se deberá potenciar la participación de los usuarios residentes en las actividades y funcionamiento del centro.
6. Integración, tanto en el ámbito social como cultural.
7. Globalidad. La atención que se preste deberá ser integral, abarcando los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y análogos.
8. Profesionalización. El personal de los centros deberá tener la cualificación técnica correspondiente a su nivel profesional, sin perjuicio de la labor del voluntariado social.
9. Atención personalizada. Se prestará una atención personalizada adaptada a las necesidades de cada usuario.
10. Prevención, a nivel sanitario, social y de la dependencia.
11. Confidencialidad, por parte de los gestores y personal de los centros respecto de todo aquello que se refiera a los usuarios.

5. MARCO METODOLÓGICO:

5.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El estudio aborda el tema a un **nivel exploratorio**, ya que se trata de un asunto muy poco conocido y sobre el que existe escasa información. De hecho, pretende ser una aproximación que sirva de base a la realización de estudios posteriores que aborden el tema con mayor profundidad.

5.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

En atención al diseño se han realizado dos tipos de investigación:

- **Investigación documental**: Se ha llevado a cabo una búsqueda y análisis exhaustivo del material documental existente tanto bibliográfico como webgráfico.
- **Investigación de campo**: Se han realizado tres entrevistas a informantes clave en el contexto donde se desarrolla la realidad objeto de estudio sin manipular ninguna variable.

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La selección de la muestra se ha realizado atendiendo a un **criterio no probabilístico intencional**. Se han seleccionado los informantes clave por decisión de quién realiza el estudio atendiendo a dos criterios básicamente. En dos de los casos porque se tenía conocimiento a causa del contacto profesional de la existencia de algún caso relacionado con el objeto de estudio. En el tercero por recomendación técnica, atendiendo a la metodología utilizada en la atención a los mayores. Los centros residenciales en los que se ha llevado a cabo el estudio son de titularidad privada, dos de ellos están ubicados en un municipio de gran población y el otro en un municipio aproximadamente 9500 habitantes.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos han sido el análisis documental y las entrevistas en profundidad con informantes clave.

La primera técnica utilizada ha sido la búsqueda o **revisión documental**, utilizada tanto para la decisión final sobre el tema de estudio como para la elaboración del marco teórico y el instrumento de recogida de datos.

La revisión documental es una técnica de investigación social basada en reunir, seleccionar y analizar datos que están en forma de “documentos” producidos por la sociedad para estudiar un fenómeno determinado. Son datos ya existentes, que otros investigadores han obtenido previamente, por lo que también se las denomina fuentes secundarias. En el presente estudio se han utilizado libros, documentos oficiales, estudios, informes, legislación, artículos. De éstos unos en formato papel otros vía páginas web.

Dicha técnica justifica el trabajo y la relevancia del tema seleccionado, sitúa el estudio dentro de un contexto y permite que otros investigadores consulten las fuentes bibliográficas, entiendan y puedan continuar el trabajo.

En cuanto a la segunda técnica utilizada, las **entrevistas en profundidad** han sido realizadas a **informantes clave**, personal técnico que trabaja en tres centros residenciales para mayores.

En concreto se han llevado a cabo tres entrevistas, una conjunta con trabajadora social y psicóloga, otra con la directora y la tercera con la trabajadora social. En un principio se intentaron entrevistas con las personas directamente afectadas, pero al no ser posible, ya que las personas preferían no dar a conocer su orientación sexual, se optó por esta técnica.

La entrevista en profundidad es una entrevista profesional que se realiza entre un entrevistador y un informante con el objeto de obtener información sobre la vida, en general, o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de una persona. A través de la entrevista en profundidad, el entrevistador quiere conocer lo que es importante y significativo para el entrevistado, llegar a comprender cómo ve, clasifica e interpreta su mundo en general o algún ámbito o tema para la investigación, en particular²³.

El tipo de entrevista utilizada ha sido aquella basada en un **guión de temas** a tratar en la que el entrevistador ha tenido libertad para ordenar y formular las preguntas a lo largo de los encuentros con los informantes (Anexo 1)

Respecto a los informantes clave se trata de personas que por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios.

Respecto a los instrumentos de recogida de datos hacen referencia a los soportes materiales utilizados para la recogida y almacenamiento de la información. Se han utilizado la grabadora para recoger la información de las entrevistas y el PC para almacenar los datos y posteriormente procesarlos y analizarlos.

5.5 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.

Tras la recogida de los datos obtenidos a través de las entrevistas vamos a comprobar en qué medida se confirman las hipótesis de partida del estudio. Para organizar los datos y conocer la procedencia de la información hablaremos de Residencia 1(Anexo 2, voice 24), Residencia 2 (Anexo 2, voice 25)) y Residencia 3 (Anexo 2, voice 26 y 27)).

²³ SELLTIZ, C. , WRIGHTSMAN,L.S y COOK, S.T. “*Métodos de investigación en las relaciones sociales*”, Edit. Rialp, Madrid, 1980. Pág. 151-153.

- Hipótesis 1: Las personas mayores GLBT que viven en residencias no muestran su orientación sexual.

Residencia 1: La psicóloga: "...hay un caso que podríamos sospecharlo, pero no que no se ha manifestado y simplemente lo que hubo fue una confirmación por la familia que me lo transmitió" (Minuto 0)...a partir de esa consulta que hubo por parte de la familia intenté hablar con él, pero él en ningún momento ha expresado nada..." (Minuto 1)

La trabajador Social: "...teníamos una señora mayor que la persona que venía a verla era sus pareja...La psicóloga: "...pero a mi nunca me lo transmitió..." La trabajadora social:..." a mi sí y lloró muchísimo cuando esta persona falleció..." (Minuto 15)

Residencia 2: Directora: ..."sospechas sí... se me ocurren tres casos...en diez años... dos hombres y una mujer , uno que tenemos ahora....es algo que no se ha tratado...(Minuto 2) ...en los momentos íntimos en el baño a las auxiliares, miran, hacen alguna insinuación, pero como no va más allá...hasta ahí quieren llegar, ahí lo dejamos..."(Minuto 26).

Residencia 3: Trabajadora social: "...prácticamente seis años llevo yo y sólo he conocido un caso, reciente...cuando tuve la primera entrevista no lo declaró, no lo quiso decir, tampoco se les pregunta....él no lo declara abiertamente...nos enteramos gracias a su hermano que si que concertó una cita con la directora para pedirle consejo porque se acababa de desayunar que era gay...(Minuto 3 voice 26) ...ha habido momentos de confianza pero él nunca ha contado nada...(Minuto 0 voice 27)...en casos de mujeres yo no he conocido ninguno..." (Minuto 1 voice 27).

La hipótesis 1 como observamos **se confirma** en su totalidad.

- Hipótesis 2: Los protocolos de funcionamiento de los centros residenciales para mayores no recogen la variable orientación sexual.

Esta hipótesis se ha confirmado, por una lado, a partir de la **revisión de la documentación** existente. Se han analizado los Reglamentos de Régimen Interno de las Comunidades Autónomas de Murcia, Cantabria, Gran Canaria, Castilla –León, Andalucía, el Principado de Asturias y Castilla- La Mancha y sólo en este último se hace una referencia explícita al tema de la orientación sexual. En concreto en el apartado 4.1 sobre derechos y obligaciones de los residentes, derecho a la intimidad,

página 27 dice: *“La residencia protegerá el respeto a la persona, evitando cualquier proceso de exclusión o discriminación personal por factores étnicos, religiosos, culturales o por razones de sexo u **orientación sexual**”.*

En cuanto a los datos obtenidos al respecto en las **entrevistas con las informantes clave**. A la pregunta de si los Reglamentos de Régimen Interno de los Centros se hace referencia a la orientación sexual las respuestas fueron:

Residencia 1: La psicóloga: “no porque lo que tú atiendes son las diferencias individuales...no se contempla como algo protocolizado porque tampoco es que la incidencia sea tan grande, entonces a la hora de atender atiendes a las diferencias individuales. Tampoco a la hora de compartir habitación porque como no ha manifestado ninguna inclinación...ni el compañero ha dicho nada, no ha habido problemas...” (Minuto7)

Residencia 2: Directora: “...no de manera específica, incluye respetar la intimidad por ideología, hay una frase habla de ideología, raza, sexo...pero no...(Minuto 15)...no entiendo que haya mucho que adaptar, simplemente esa persona en la intimidad de su habitación puede hacer lo que le venga en gana bien sea una mujer o un hombre...simplemente se tiene que vivir con naturalidad...” (Minuto 17)

Residencia 3: Trabajador social:”...no hay ninguna referencia y de hecho ya no en concreto con la homosexualidad, el trato a la educación sexual...sigue siendo tabú...” (Minuto 6 voice27)

A pesar de la referencia encontrada en el citado reglamento podemos decir que la hipótesis 2 **se confirma**.

- **Hipótesis 3:** El personal que trabaja en residencias para mayores no está formado para la atención al colectivo de personas GLBT.
- **Hipótesis 4:** El personal que atiende a las personas mayores en residencias no manifiesta una sensibilidad especial frente al colectivo de mayores homosexuales.

Residencia 1: La trabajadora social contesta:...”no se les da formación...creo que debería haber información ...no se habla nada de ese tema... se les debería dar

formación a los auxiliares en general y a nosotras en particular....En las pruebas de acceso no se tiene en cuenta....al respeto en general sí, pero...no” (Minuto 18)

....el trato del personal siempre ha sido correcto.... (Minuto 27)

Residencia 2: Directora: “...en ocasiones hemos tenido que intervenir con el personal, pero en cuanto a libertad sexual..., se ha dado alguna charlita por parte del psicólogo (Minuto 5)...no hay formación eso debe tener que ver con unos valores de base (Minuto28). (En cuanto a la selección del personal)... no es algo que se pregunte expresamente porque no se ha dado la problemática...entonces no ha generado esa necesidad entiendo que es algo que se pasa, no porque no sea importante sino porque no ha habido incidencia...la intimidad si que se cuida mucho porque la residencia es pequeña...” (Minuto 8)...en el caso de que hubiera algún conflicto en ese tipo es un motivo de sanción muy grave...nos lo tomaríamos muy en serio...”(Minuto 21)

Residencia 3: Trabajadora social:”... no en toda la formación no se da nada... no se hila en ese terreno...no sé si a medida que vaya cambiando la gente que va entrando quizá sí... (Minuto 10 voice 27)....además llegado al extremo aquí ha habido despidos por agresividad verbal exclusivamente y maltrato por omisión, está muy penalizado, está muy perseguido la gente está muy mentalizada de que esas cosas aquí no se pueden consentir... (Minuto 32 voice 27).

Respecto a la hipótesis 3 **se confirma** porque el personal de las residencias no ha recibido formación específica en la atención a las personas GLBT, pero la hipótesis 4 **no se confirma** porque no podemos afirmar que el personal no esté sensibilizado al respecto.

- **Hipótesis 5:** Las personas mayores heterosexuales ingresadas en residencias no aceptan la homosexualidad de sus compañeros residentes.
- **Hipótesis 6:** Las personas mayores heterosexuales ingresadas en residencias no aceptan la homosexualidad.

Residencia 1: La trabajadora social contesta:...”sí que hubo un caso de un señor, otro residente que hizo un comentario desagradable....de este señor...” (Minuto 3) ..el comentario de ese señor fue ¡aquí cogen de todo!...La psicóloga:...prejuicios en este colectivo hay, pero como estas personas han aprendido a vivir con esto, porque son

personas de su misma edad...tú no puedes cambiar a una persona de 90 años que piensa que es una enfermedad...” (Minuto 36)

Residencia 2: Directora: “...se arma un revuelo inicial, pero luego...hay tantas cosas que no entienden los mayores que es una más...les impactaría mucho al principio evidentemente...porque no lo habrían vivido antes...pero también sería estimulador para ellos...” (Minuto 12)...el tema se ha tratado en los debates que se hacen y están totalmente en contra, pero un poco por nivel cultural y por desconocimiento... “(Minuto 22).

Residencia 3: Trabajadora social: “no han hecho ningún comentario extraño porque cuando él recibe la visita de la otra persona tampoco hay gestos, ni complicidad...aquí la gente no debe haber observado nada extraño... (Minuto 8 voice 26)...aquí hay mucho prejuicio...hay que trabajar la tolerancia...el prejuicio es muy latente...creo que sería un trato cruel...”(Minuto 31 voice 27).

Las hipótesis 5 y 6 **se confirman** a la vista de los datos obtenidos.

- **Hipótesis 7:** En las residencias para mayores se produce vulneración del derecho fundamental reconocido en el artículo 14 de La Constitución respecto al colectivo de personas GLBT.

A la vista de los datos obtenidos podemos decir que **se confirma** la hipótesis 7, ya que se produce discriminación por razón de orientación sexual.

Con todo lo cual podemos decir que la **hipótesis central queda confirmada**.

Por otro lado, es importante resaltar que a lo largo del estudio se han obtenidos **datos no previstos** y, por tanto, para los que no se habían desarrollado hipótesis. Dichos datos fueron obtenidos mediante la revisión documental para la elaboración del marco teórico:

- No existen informes de organismos oficiales que traten el tema de la orientación sexual en la vejez.
- Son escasos o casi inexistentes los libros, estudios o tesis sobre la situación de las personas gays, lesbianas, bisexuales y transexuales en la vejez.
- Las páginas webs de asociaciones de GLBT no dedican áreas específicas a las personas mayores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Las personas mayores GLBT que viven en centros residenciales permanecen en situación de invisibilidad, ésta era nuestra hipótesis de partida la cual ha quedado confirmada. Teniendo en cuenta que se trata de un estudio exploratorio, de aproximación a la realidad y que se deben de realizar investigaciones que abarquen a una muestra de población más amplia, podemos afirmar que el problema existe.

Este colectivo que a lo largo de su vida ha sufrido las consecuencias de la discriminación y la estigmatización, que se ha visto obligado en muchos casos a emigrar para poder vivir libremente su sexualidad, se ven forzados ahora en los últimos años de su vida a “volver al armario” o permanecer en él.

La vejez es una etapa de la vida que hay que proteger, las personas deben confiar su cuidado y atención a otros, en muchos casos optan por ser atendidas en centros residenciales. Dichos centros están sometidos a una legislación y a unos principios de actuación que deben respetar los derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente. Como hemos visto, esto no es así para el colectivo de personas GLBT. Los motivos parecen ser varios: los reglamentos de funcionamiento de los centros no recogen la variable orientación sexual, el personal no recibe formación específica al respecto y lo que es más complicado, los prejuicios de la comunidad de residentes hacia la homosexualidad.

Pese al buen hacer de los profesionales que trabajan en el sector (doy fe de ello), son necesarias medidas específicas dirigidas a este colectivo. A este respecto existen posturas contrapuestas. Hay quienes opinan que la solución viene por crear complejos residenciales dirigidos exclusivamente al colectivo de GLBT. Quienes defienden esta postura mantienen que ésta es la única fórmula para evitar la homofobia que pueden manifestar los miembros de una generación que han vivido en el franquismo. La no integración en la red que da atención social a la gente mayor se ve cuestionada por el fuerte rechazo hacia la homosexualidad de la generación que ahora tiene más de 60 años. Opinan que de no hacerse así las personas que han salido del armario pueden tener que volver a encerrarse para recibir los servicios que reciben todos, o enfrentarse a graves problemas de exclusión por su opción sexual.

Otros, por el contrario, se oponen firmemente a estas medidas en pro de la integración. El argumento es que estos centros pueden acabar convirtiéndose en ghettos y estigmatizar aún más.

La finalidad de este estudio no es polemizar sobre la conveniencia de una u otra medida. El propósito es dar a conocer una realidad, la de las personas mayores gays, lesbianas, bisexuales y transexuales que viven en centros residenciales, que permanecen en situación de invisibilidad y, por tanto, sufren discriminación, plantear la necesidad de profundizar en el estudio del problema y forzar a las Administraciones Públicas u organismos responsables a adoptar medidas que mejoren la calidad de vida de este colectivo.

Es una deuda histórica que el Estado tiene para con ellos.

BIBLIOGRAFÍA:

- ALMARCHA, A. (1977). “*Crítica de la teoría sociológica*”. Núm. 6. Papers. Revista de Sociología.

Encontrado en Pág. web:
<http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/view/24640/58891>

- CANET, V. (2002). “*Homosexualidad y tercera edad*”.

Encontrado en pág. Web:

<http://www.amicsgais.org/forums/showthread.php?3003-Homosexualidad-y-Tercera-Edad>

- Carta de Derechos Sociales de la Comunidad Valenciana. Ley 4/2012. 2012/10/15. DOGV núm. 6884. 2012/10/18. BOE núm. 268. 2012/11/07.

- CASADO, D y LÓPEZ, G. (2001). “*Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual perspectivas de futuro*”. Fundación “La Caixa”.

- Constitución Española. 1978/12/27. BOE. Núm. 311-1. 1978/12/29.

- Estatuto Básico de Centros de Tercera Edad. Orden de 16 de mayo de 1985. BOE núm. 128. 1985/05/29.

- GIMENO, B. (2009). “*Vejez y orientación sexual*”. Informe para la Federación Nacional de Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales.

Encontrado en pág. Web:

<http://www.felgbt.org/rs/121/d112d6ad.../informe-mayores-lgtb.pdf>

- GOFFMAN, E. (1972) “*Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos Mentales*”. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

- GÓMEZ, J y GRAU, A y INGELLIS, AG y JABBAZ, A. (2010). “*Técnicas Cualitativas de Investigación Social*”. Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad de Valencia. Pág. 5.

- GONZÁLEZ, M.J y SAN MIGUEL, B. (2001). “*El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales*”. Departamento de Sociología II. Comunicación y didáctica. Universidad de Alicante. Págs. 19-22.

Encontrado en Pág. Web:
<https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2735935>

- IMSERSO (2012). “*Informe 2010 sobre las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos y por Comunidades Autónomas*”. Tomo I. Colección Documentos. Serie Documentos Estadísticos nº 22023. Págs. 31-37.

Encontrado en Pág. Web:
http://www.espaciomayores.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf

- IMSERSO (2002). *“Personas mayores y residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias”*. Tomo I. Págs. 78-86.

Encontrado en pág web:

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/imferso-personas-01.pdf>

- Ley de Matrimonio Homosexual. Ley 13/2005. 2005/06/01. BOE. Núm. 157. 2005/07/02.

- Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Ley 39/2006. 2006/12/14. BOE. núm. 299. 2006/12/15.

- Ley de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana. Ley 5/97. 1997/06/25. DOGV núm. 3028. 1997/07/04. BOE núm. 192. 1997/08/27.

- MÉNDEZ, J. (2008) *“Bolivia: La vejez en personas con orientación sexual distinta”*. Revista El Deber, Bolivia.

Encontrado en pág. Web.:

<http://www.ciudadaniasx.org/?1/-bolivia-la-vejez-en-personas>

- MUÑÁRRIZ, A (2009). *“La vejez devuelve a los homosexuales al armario”*. Público. es

Encontrado en pág. Web:

<http://www.publico.es/espana/267713/la-vejez-devuelve-a-los-homosexuales-al-armario>

- Régimen de Autorización y Funcionamiento de Centros de Servicios Sociales Especializados para la Atención de Mayores. Orden 4/05.2005/02/04. DOGV núm. 4945. 2005/02/14.

- ROBLEDO MARTÍN, J. (2009) *“Observación participante: informantes clave y rol del investigador”*. Num. 42. Nure Investigación.

- RODRÍGUEZ BOTI, R (2003). *“La sexualidad en el atardecer de la vida”*. Santiago de Cuba. Editorial Oriente. Cap: Homosexualidad y ancianidad, otra cara de la misma esfera”.

Encontrado en pág. web:

- VALLES MARTÍNEZ, M. S (1997) *“Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional”*. Madrid.

ANEXO I

GUIÓN ENTREVISTA:

1. ¿Conoces o has conocido algún caso de persona mayor GLBT que haya residido o resida en este centro?
2. ¿Has conocido algún caso en el que sabías o sospechabas de su orientación sexual, pero la persona no lo hizo manifiesto?
3. ¿Por qué piensas que ocultaba su homosexualidad?
4. ¿Conoces algún caso en que la persona no haya ocultado su orientación sexual?
5. ¿Por qué piensas que no la oculta?
6. El resto de la comunidad de residentes ¿muestra prejuicios hacia la homosexualidad? ¿ha habido algún problema? ¿alguna situación conflictiva, insultos, falta de respeto? ¿cómo se ha resuelto?
7. ¿El personal que atiende a los mayores está preparado para atender a este colectivo? ¿Cómo, en qué sentido? ¿Se tiene en cuenta este aspecto a la hora de hacer la selección de personal?
8. ¿El personal está sensibilizado con este colectivo? ¿les hablan con respeto? ¿muestran prejuicios al respecto?, ¿rechazo?
9. ¿En los protocolos de funcionamiento y organización de los centros residenciales se contempla la variable orientación sexual a la hora de: organizar espacios, planificar actividades, elaborar programas individualizados de atención? ¿me puedes enseñar el reglamento de régimen interno del centro?

